

# Mitgliedsantrag

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin DGSiM e.V.



Bitte 2 x unterschrieben zurück an [info@dgsim.de](mailto:info@dgsim.de) oder DGSiM, Schillerstr. 53; 80336 München oder Fax: (089) 4400-57102

## Mitgliedsdaten

Name/Organisation: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Eintritt (Datum): \_\_\_\_\_

**MITGLIEDSBEITRAG:** Beitritt als (Jahresbeitrag in Klammern) :

**Privatperson (60 € = 5 Euro pro Monat).....**

**juristische Person (Organisationen/Simulationszentren, etc. = 240 €).....**  **...Ansprechpartner (jurist. Pers.):**

außerordentliches Mitglied (Privatperson = 45 €).....

außerordentliches Mitglied (juristische Person = 180 €).....

Ich stimme der Verwendung meiner Daten für regelmäßige Informationen zum Thema Simulation zu.

(Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen oder einschränken).  Ja  Nein

Zahlungsweise (zutreffendes bitte ankreuzen): **Lastschriftinzug:**  Überweisung:

Als Privatperson bitten wir Sie, Ihren Mitgliedsbeitrag durch das Lastschriftenverfahren abbuchen zu lassen. Werden Sie als Vertreter einer Organisation/Institution Mitglied, für die Sie keinen Lastschrifteneinzug bewilligen können, wählen Sie bitte die Möglichkeit der Überweisung. Die Überweisung des Jahresbeitrages erfolgt jährlich bis zum 31.01. Eintritte während des Jahres werden quartalsweise anteilig berechnet.

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin den Jahresbeitrag (s.o.) jährlich/vierteljährlich im Voraus zu Lasten meines Kontos bis auf Widerruf einzuziehen, auch im SEPA-Verfahren.

IBAN/Kontonummer: \_\_\_\_\_

BIC/Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Kontoinhaber (Druckbuchstaben)

Mit dieser Erklärung trete ich der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber der DGSiM keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand der DGSiM behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum, Unterschrift

**Bitte 2 x unterschreiben - für Bankeinzug s.o. und Mitgliedschaft - Danke**

Liebes zukünftiges Mitglied der DGSiM,

bitte füllen Sie den untenstehenden Fragebogen möglichst vollständig aus. Er soll uns dabei helfen, einen Überblick über die Verbindung die zukünftigen Mitglieder zur Simulation in der Medizin zu erhalten, deren Interessen besser kennen zu lernen und damit die Vernetzung zu optimieren.

1. Wo/In welchem Bereich sind Sie beruflich tätig?

2. Was sind Sie von Beruf/Ausbildung?

3. Wie ist Ihre Verbindung zu Simulation in der Medizin / Patientensicherheit?

4. Worin liegt Ihr Interesse an der DGSiM? Was erwarten Sie sich von Ihrer Mitgliedschaft?

5. Zu welchen Themen würden Sie sich gerne innerhalb der DGSiM engagieren?  
(bestehende Aktivitäten und Arbeitsgruppen s.u. [www.dgsim.de](http://www.dgsim.de))

6. In welchem Bereich würden Sie sich darüber hinaus noch gerne einbringen können/wollen?

<input type="checkbox"/> Newsletter	<input type="checkbox"/> International Liaison
<input type="checkbox"/> Internetpräsenz	<input type="checkbox"/> Veranstaltungsorganisation
<input type="checkbox"/> Marketing	<input type="checkbox"/> Sponsoring, Spenden
<input type="checkbox"/> Lobbyarbeit in der Politik	<input type="checkbox"/> andere:

7. Haben Sie spezielle Kontakte, Beziehungen oder Fähigkeiten, die für die DGSiM interessant sein könnten?

8. Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen, was für die DGSiM interessant ist?

Vielen Dank!

Ihr Vorstand der DGSiM e.V.